

UAT BOGHI MARISA  
COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

MOITATO V. BRUNELLESCHI 7  
INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

J 0 9 0 1 9

4 0 2 1 1 3 1 0 6 7 3



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE TOSCANA

(N) NON ESENTE  
 (R) REDDITO  
 FIRMA AUTOCERTIFICANTE

CODICE FISCALE  
 SIGLA PROVINCIA CODICE ASL

PRESCRIZIONE

BIOMOCROMO  
 FERRO  
 CREATININA  
 SODIO  
 POTASSIO  
 ALT  
 GLUCOSIO  
 ES. URINE COMPLETO

(Barrare se non utilizzate)  
 SUGG. RICOV. ALTRO  
 U B D P  
 PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE

PRELIEVO A DOMICILIO PER PAZ. NON TRASPORTABILE CON I COMUNI 75221

0 0 8  
NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI

TIPO DI RICETTA

2 2 0 1 2 1  
DATA

CODICE NUMERO	CODICE NUMERO	CODICE NUMERO
CODICE NUMERO	CODICE NUMERO	CODICE NUMERO
CODICE NUMERO	CODICE NUMERO	CODICE NUMERO

414706 Dr. Paolo Stefani  
 Via Aurelia/252 - Tel. 891241  
 Mod. Dell'Acqua di S.G.T./PI

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTI

TICKET

GALEN. DIR. CHIAM. ALTRO